
DOI 10.22394/1818-4049-2019-88-3-97-116

УДК 613.7

Е. К. Федорищева

Комплексная оценка здоровьесберегающего поведения студентов медицинских специальностей и направления его оптимизации

Цель статьи: исследование корреляции широкого спектра переменных, ассоциированных с поведением в отношении здоровья и объективными показателями состояния здоровья.

В процессе исследования проведена оценка влияния разнородных социально-экономических, демографических, медицинских, бытовых факторов на самоохранительное и здоровьесберегающее поведение студентов медицинских направлений и сопоставление полученных данных с объективным состоянием их здоровья с точки зрения структурно-функционального подхода к теории социальных процессов. Набор эмпирических данных был проведен с 01.06 по 01.12.2018 г. в Дальневосточном федеральном университете (далее – ДВФУ, школы Биомедицины) и Тихоокеанском государственном медицинском университете (далее – ТГМУ) с использованием принципов стратифицированной по гендерному и возрастному признакам рандомизации. В выборку вошли 989 студентов обоих полов (481 (48,6%) девушка, средний возраст 21,1 года и 488 (51,4%) юношей, средний возраст 21,5 лет). Частота отклика составила 95,1%. Все студенты заполняли Анкету самооценки студента вуза (Поздеева, 2008; с дополнениями авторов), состоящую из 5 блоков вопросов. Объективное состояние здоровья оценивалось по индексу коморбидности, числу поставленных за предыдущий год диагнозов в листе уточненных диагнозов, частоте обращаемости за врачебной помощью. При статистической обработке массивов данных использовался двусторонний анализ дисперсии (ANOVA). Корреляция показателей определялась с расчетом коэффициента Спирмена. В процессе исследования был выявлен ряд диспропорций в оценке студентами медицинских направлений факторов влияния на здоровьесберегающее поведение. Средние оценки респондентами текущих поведенческих стереотипов в отношении гигиены труда и отдыха, а также уровень психологического комфорта и информированности по проблематике здоровья и здоровьесберегающего поведения оказались высокими, в то время как медицинская активность, физическая культура и социально-экономический статус получили низкие средние оценки (диапазон от 2,5 до 3,5). Анализ взаимосвязей между отдельными показателями, ассоциированными со здоровьесберегающим поведением, и объективными показателями состояния здоровья позволил выявить не менее 19 параметров, имеющих высокий уровень корреляции. На основе этих результатов структурно-функциональный подход позволяет создать двухкомпонентную модель, увязывающую разнородные элементы поведения студентов в отношении здоровья с его объективным состоянием. На основе созданной модели корреляции разнородных факторов и здоровьесберегающего поведения предложен ряд мер для административного и социально-медийного управления здоровьесберегающим поведением студентов.

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, социально-экономический статус, студенты, медицинское образование, структурно-функциональный подход, управление здоровьесберегающими технологиями, индекс коморбидности, анкетирование.

Екатерина Кирилловна Федорищева – ассистент кафедры общественного питания и здравоохранения, ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России» (690002, Россия, г. Владивосток, просп. Острякова, д. 2). E-mail: katrina.kosilova@yandex.ru

Введение. Социально-экономическое развитие регионов в последнее десятилетие стало одним из приоритетных направлений деятельности федерального центра, региональных администраций, местных институтов, гражданского общества. Но ни стабильное поступательное развитие экономики, ни повышение качества человеческого капитала невозможно без последовательной системной работы по повышению уровня эффективности образовательного пространства, в первую очередь образовательного потенциала высшей школы. От того, каким именно будет кадровый состав молодых специалистов, ежегодно вливающийся во все секторы экономики регионов: компетентным, целеустремленным, быстро адаптирующимся к новым требованиям, либо не имеющим этих качеств, зависит в ближайшей и среднесрочной перспективе экономическая успешность и состоятельность российских регионов. В то же время не следует забывать, что на экономическую эффективность территорий косвенно, но весьма существенно, влияют показатели системы здравоохранения, обеспечивающей определенный уровень трудоспособности населения.

Одним из ключевых показателей продуктивности здравоохранения является уровень компетентности врачебных кадров. Понятно, что самое современное диагностическое и лечебное медицинское оборудование само по себе, без специалистов высокого уровня квалификации, не способно решить ни одной профессиональной задачи. В последние годы были решены многие вопросы закупки медицинского оборудования, реставрации имеющегося коечного фонда; поликлиник, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, постройки новых кардиологических, онкологических, радиологических центров, травматологических клиник, центров родовспоможения и неонатологии для оказания высокотехнологичной медицинской помощи [Улумбекова, 2012. С. 13–22; Улумбекова, 2018. С. 21–40; Зудин, 2017. С. 68–72]. Обеспечение этих учреждений молодыми специалистами, обладающими полным набором профессиональных компетенций, соответствующими умениями и навыками – первоочередная и чрезвычайно важ-

ная задача специализированных региональных образовательных организаций, каковыми, в частности, являются медицинские университеты Дальнего Востока, в том числе г. Владивостока. Между тем известно, что медицинское образование имеет специфические особенности и связано со значительными трудовыми затратами, необходимостью развивать не только логические и аналитические способности, но и способность запоминания большого массива специальных данных при обязательном длительном ежедневном нахождении в университетских аудиториях, оборудованных лабораторным и диагностическим оборудованием, препаратами, муляжами, специальным инструментарием. В первую очередь это касается студентов-медиков первых курсов обучения, которые в период адаптации сталкиваются с серьезными трудностями и проблемами при овладении общекультурными и профессиональными компетенциями. Однако и для студентов старших курсов, и для лиц, проходящих интернатуру, нагрузки, предусмотренные стандартными учебными планами, часто оказываются чрезмерными [Гатиятулина, 2018. С. 110–116; Алексеенко, 2014. С. 41–44].

Качество и продуктивность образовательного процесса, как известно, существенно связана с многими факторами, влияющими на выбор образовательных стратегий. Одним из наиболее важных, вероятно ключевым подобным фактором является состояние здоровья студентов [Бабина, 2015. С. 572–575; Евсеева, Кошель, Еремин, 2015. С. 64–69]. Согласно различным источникам, до 45% и более всего студенческого контингента страдает хроническими заболеваниями внутренних органов, включая патологию желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыделительной системы, нервной, эндокринной, дыхательной и других систем организма [Здоровье..., 2012. С. 252–257; Новохатская, Яковлева, Калитина, 2017. С. 281–285]. Подобная высокая заболеваемость, как правило, связана с целым комплексом социально-экономических, психологических, экологических, бытовых и прочих факторов влияния на состояние здоровья. При этом средовые факторы (например жесткая водопроводная

вода, низкая освещенность аудиторных помещений и микроклимат в них, малое индивидуальное пространство в общежитии, неудобное расписание и связанные с ним проблемы с питанием, психологический комфорт в студенческой группе) оказывают не только непосредственное воздействие на физиологические параметры организма, но и, что порой более важно, заставляют студента менять поведение в отношении собственного здоровья [Миннибаев, Мельниченко, Прохоров, Тимошенко, Архангельский, Гончарова, Мишина, Шашина, 2015. С. 57–60; Бобылева, 2013. С. 852–854; Карпенко, 2012]. Немаловажной проблемой, по мнению ряда исследователей, прямо или косвенно влияющей на поведение в отношении собственного здоровья, является социальное неравенство в отношении доступности качественной медицинской помощи. Препградой к своевременному получению высококвалифицированной медицинской помощи может служить, наряду с прочими причинами, и имущественное расслоение студентов, которое приводит к парадоксальной ситуации, когда материально обеспеченный студент, благодаря финансовой помощи родителей или собственным доходам, может получить помощь специалистов в частном секторе по мере возникновения потребности в ней, в то время как его менее материально состоятельный сверстник вынужден длительно ожидать консультацию узких специалистов или находиться в очереди на прохождение диагностических процедур [Гареева, 2016. С. 275–278; Гареева, 2017. С. 16–19].

По мнению многих авторов, среди большого числа переменных, формирующих текущее физиологическое и психологическое состояние и уровень заболеваемости в студенческой среде, одной из наиболее существенных является поведение в отношении собственного здоровья. По данным текущих социально-медицинских исследований, от 40% до 72% студентов имеют вредные привычки, включая курение, злоупотребление алкоголем, эпизоды приема психоактивных веществ, грубое систематическое нарушение цикла сна-бодрствования и т. д. Напротив, на высокий уровень физической активности, регулярные трени-

ровочные занятия указывают не более 21% – 30% студентов высших учебных заведений [Бруснева, Клименко, 2012. С. 82–86; Сагидулина, Ксетаева, Орынбасарова, 2017. С. 290–294; Журавель, 2017. С. 241–244]. В то же время имеется множество результатов социологических замеров, недвусмысленно свидетельствующих о том, что уровень заболеваемости и общее состояние здоровья среди лиц, в основном придерживающихся рекомендаций по ведению здорового образа жизни, и студентов, их игнорирующих, сознательно или бессознательно нарушающих, достоверно отличается [Картышева, Попова, Грошева, 2015. С. 18–20; Болотин, Миронова, Лукина, Ярчиковская, 2016. С. 18–20; Лепихина, Карпович, 2014. С. 400–403].

В современной социологии здоровья здоровьесберегающее поведение (далее – ЗСП) рассматривается как множество последовательных актов или эпизодов формирования и принятия поведенческих решений (связанных с мотивирующим воздействием среды в широком смысле этого понятия) в отношении действий, прямо или косвенно влияющих на состояние здоровья. В то же время имеются определения ЗПС как собственно содержание поведения в отношении здоровья [Билувус, Минасян, 2008. С. 68–79; Киенко, 2015]. На наш взгляд, это разделение довольно искусственно и усложняет понимание процессов, связанных с практикой здоровьесбережения. Оптимальным, возможно, являлась бы артикуляция понятия ЗПС, близкая ряду авторов, которая подразумевает под здоровьесберегающим поведением комплекс мотивов, приводящих к действиям по их реализации и направленных на сбережение и увеличение имеющихся и восстановление утраченных физиологических ресурсов здоровья, предотвращение воздействия внешних и внутренних неблагоприятных факторов. [Ивахненко, 2010. С. 30–33; Борисова, Белокурова, Лопатин, 2014. С. 21–26; Джураева, 2014. С. 155–160].

При значительном интересе отечественного экспертного сообщества к исследованию проблем здоровья и формирования ЗСП, в ресурсах ведущих баз, депонирующих соответствующие данные, имеется сравнительно мало ин-

формации о критериях и инструментах оценки поведения в отношении собственного здоровья как в среде студенческой молодежи, так и во всей национальной популяции в целом. Большинство авторских коллективов под оценкой здоровьесберегающего поведения студентов понимают какой-то один, реже два – три избранных критерия, выводя за рассматриваемое поле все остальные. Чаще всего акцент делается на занятиях физкультурой и спортом, оценке физических качеств (сила, ловкость, выносливость), рациональном режиме дня и питания, отсутствии негативных привычек. Иногда для объяснения мотивации поведения в отношении здоровья на первый план авторы выводят социально-экономические, материально-технические, бытовые условия обучения, реже – психологические особенности макросоциальной среды, студенческой группы, значимых друзей в окружении студента, а также педагогическую состоятельность, «силу» профессорско-преподавательского состава, поведенческие установки, усвоенные в семье и школе [Побединская, 2017. С. 32–41, Серов, 2016. С. 150–157]. Реже в качестве факторов, влияющих на ЗСП называется информированность студента о строении и функциях отдельных систем и органов, всего организма человека в целом: знания об основных симптомах заболеваний, умение анализировать состояние своего здоровья и замечать признаки патологических состояний, умение эффективно использовать средства закаливания и профилактики заболеваний. Указывается на важность не случайных, а систематизированных и прочных навыков физической и психологической гигиены, соблюдения режима труда и отдыха, сна и бодрствования [Савич, 2016. С. 236–242].

Тем не менее в доступной литературе почти не встречается данных о попытках объективно ранжировать факторы влияния на ЗСП, упорядочить их в несколько основных блоков, сопоставить значимость, выяснить достоверность воздействия того или иного фактора не изолированно, а в сочетании со всем спектром вероятных переменных. При проведении исследований в области влияния различных факторов на ЗСП ис-

пользуется такой социологический инструментарий, как анонимное и открытое анкетирование, опрос фокус-групп, социологическое наблюдение, экспертная оценка, то есть практически весь спектр социологических методов исследования. К настоящему времени в специальной литературе опубликовано значительное число рекомендаций по формированию ЗСП студентов высших учебных заведений, включая медицинские.

В текущей периодической и фундаментальной социологической и социально-медицинской литературе имеется значительное количество рекомендаций по средствам и методам влияния на формирование ЗСП. Предлагаются системные административные, просветительские меры воздействия. Во многих работах отмечается важность регулярного мониторинга поведения студентов в отношении здоровья, повышения уровня доверия к медицине, мотивации сознательного участия в лечебно-профилактических мероприятиях, развития спортивно-досуговой, социокультурной, рекреационно-развлекательной инфраструктуры [Аварханов, 2017. С. 258–264]. Однако большинство из этих рекомендаций носят скорее эмпирический характер, ориентируются на традиционные педагогические приемы и не имеют в своей основе понимания реальной значимости различных факторов (каждого в отдельности и их комбинации), влияющих на поведенческие стереотипы студентов. В доступной литературе практически отсутствует конкретный методологический инструментарий, с помощью которого можно было бы объективизировать количественную оценку ЗСП и, самое главное, его изменения под влиянием тех или иных мер воздействия [Бакаев, Болотин, 2013. С. 36–39]. Отдельные фрагментарные оценки позволяют выявлять позитивные или негативные тенденции по ограниченному спектру факторов формирования поведения студента, но они не достаточны для оценки ситуации в целом. С другой стороны, без надежного инструментария оценки и мониторинга все попытки рационального воздействия на здоровьесберегающее поведение носят в той или иной мере умозрительный, не подкрепленный объективными данными характер.

На основании анализа выше приведенных литературных источников нами была поставлена цель: провести сравнительный анализ ассоциированных со здоровьесберегающим поведением студентов медицинских университетов средовых факторов и определить их корреляцию с объективным состоянием здоровья в свете структурно-функциональной теории социальных процессов.

Методологические основы исследования. В основу методологического подхода данной работы легла методология, представленная Т. Парсонсом, Р. Мертоном, развитая и дополненная в дальнейшем во многих исследованиях [Мертон, 2006]. Структурно-функциональный подход позволяет определить функциональные зависимости между элементами или факторами, влияющими на выбор студентами здоровьесберегающих стратегий (социально-экономическими условиями, психологическим комфортом при обучении, качеством среды обучения и проживания, исходными и текущими поведенческими стереотипами, информированностью по базовым вопросам гигиены и профилактики заболеваний), физической активностью и наличием деструктивных стереотипов и др.), с одной стороны, и объективным состоянием их здоровья, с другой [Донченко, 2015; Рассказова, 2014. С. 102–119]. В данном случае мы выделяем в качестве сложной инвариантной системы двухкомпонентную модель, одна часть которой представлена множеством факторов влияния на поведенческий стереотип, сгруппированных в несколько блоков, другая представляет собой поведенческие стереотипы в отношении здоровья. В процессе исследования предполагается оценка структуры системного объекта, его элементов и функциональных характеристик, возможность анализа изменения этих элементов и их функций, развития системного объекта в целом. Безусловно, методология функционализма не сводится только к эвристической поисковой и инструментальной функции.

В методологии функционализма выделяют, как правило, три уровня – философский, конкретно-научный и эмпирический. В данном исследовании мы сосредотачиваемся на последних двух.

Эмпирический уровень представлен подбором репрезентативной выборки, анкетированием отобранной группы студентов, позволяющей верифицировать значимость разных факторов влияния на поведенческую модель, а также изучением объективного уровня состояния здоровья по данным заболеваемости. Конкретно-научный уровень методологии функционализма в исследовании представлен статистическим анализом полученного массива данных и оценкой полученных результатов с точки зрения их познавательной эффективности. Также в процессе исследования проводилась оценка «вклада» каждой переменной в конечный результат – текущий уровень состояния здоровья и исключались слабо коррелирующие показатели.

Материалы и методы.

Характеристика обследованной группы

Набор эмпирических данных был проведен с 01.06 по 01.12.2018 года в Дальневосточном федеральном университете (ДВФУ, школы Биомедицины) и Тихоокеанском государственном медицинском университете (ТГМУ, факультеты педиатрический, лечебный, стоматологический) с использованием принципов стратифицированной по гендерному и возрастному признакам рандомизации. Сотрудник исследовательской группы, отвечавший за статистическую обработку массива данных, не был информирован о принадлежности каждого индивидуального пакета данных к конкретной группе обследуемых. Анкетирование проводилось анонимно, на анкетах отмечались лишь данные о студенческой группе, дате заполнения, возрасте респондента.

В общую выборку вошли 989 студентов обоих полов (481 (48,6%) девушка, средний возраст 21,1 года и 488 (51,4%) юношей, средний возраст 21,5 лет). Все респонденты обучались в ДВФУ и ТГМУ: (464 (46,9%) на начальных курсах и 525 (53,1%) на старших). Частота отклика составила 95,1%. В таблице 1 представлены базовые переменные участников исследования. Как видно из представленных данных, общий состав студенческой группы был однородным.

В общую группу включались студенты, проходящие обучение по медицинской специальности (лечебное дело, педиатрия,

Таблица 1

Социально-экономический статус и переменные, связанные со здоровьем, у студентов медицинских специальностей ДВФУ и ТГМУ (n=969)

	ДВФУ (n=458)	ТГМУ (n=476)	V
	M (SD) 1	M (SD)	
Средний возраст	21,4 (2,2)	21,2 (1,4)	p> 0,05
Ежемесячный индивидуальный доход ²	6,67 (1,25)	6,28 (0,89)	p> 0,05
Ежемесячный доход домохозяйства ²	76,18 (7,19)	81,35 (10,19)	p> 0,05
Условия проживания ³	2,7 (0,3)	2,4 (0,5)	p> 0,05
Условия обучения ³	3,6 (0,4)	4,1 (0,9)	p> 0,05
Качество питания ³	3,0 (0,5)	3,1 (0,4)	p> 0,05
Число хронических заболеваний ⁴	0,7 (0,2)	0,7 (0,4)	p> 0,05
Индекс коморбидности (Чарлсона) ⁴	0,8 (0,4)	0,9 (0,3)	p> 0,05
Число обращений к врачу за год ⁴	1,3 (0,3)	1,4 (0,9)	p> 0,05
Употребление алкоголя ³	0,3 (0,1)	0,4 (0,3)	p> 0,05
Курение (интенсивность) ³	2,3 (0,5)	1,9 (0,4)	p> 0,05
Занятия спортом (эпизодов в неделю)	2,0 (0,9)	1,6 (0,3)	p> 0,05

Примечание.

1 Mean (M) – среднее значения показателя в выборке; SD (standard deviation) стандартное отклонение; 2 – тысяч рублей; 3 - значение в баллах, от 1 до 5; 4 – в единицах; 5 Number (N) число случаев; V(value) – достоверность различий.

Источник: данные по социально-бытовым условиям, демографическому статусу, наличию вредных привычек и отношению к спорту (в баллах), а также материальному статусу (в абсолютных значениях) получены по результатам анонимного анкетирования студентов с использованием вопросника Поздеевой, 2008 [35] с дополнениями автора. Данные по заболеваемости приводятся по результатам изучения амбулаторных карт пациента (Форма 025/у); журналов учета пациентов, которым предоставлен лечебный отпуск (Форма 001-1/у); врачебно-контрольных карт диспансерного наблюдения (Форма 062/у). Расчёт индекса коморбидности осуществлялся по таблице Чарлсона (Ф 025/у).

стоматология, биохимия, биофизика) в ДВФУ или ТГМУ, критерии исключения – длительное отсутствие по болезни, академический отпуск, наличие второго высшего образования, отказ от участия. Все студенты-медики, принявшие участие в исследовании, дали информированное согласие на анкетирование и были поставлены в известность о его анонимном характере. Также студенты были проинформированы, что результаты анкетирования даже в обобщенном виде не будут представлены администрации учебного заведения.

Оценки и инструментарий. Всем студентам, включенным в группу наблюдения, предлагалось заполнить Анкету

самооценки студента вуза (далее – Анкета) [Поздеева, 2008]. Данный опросник (с дополнениями авторов) содержит несколько блоков вопросов: демографический, социально-экономический, условий проживания и обучения, качества образовательного процесса, психологического комфорта в микрогруппе, отношения к профессорско-преподавательскому составу, текущим и исходным поведенческим стереотипам, к основным гигиеническим нормам, к своему здоровью, медицинской активности, наличию вредных привычек. Диапазон ответов для каждого вопроса составил от 1 (минимальное, «отрицательное» значение) до 5 (максимальное значение). Анкета со-

держит ряд вопросов, касающихся режимов сна-бодрствования, активного и пассивного отдыха, рациона и времени приема пищи, регулярности питания, занятий физической культурой и спортом, наличия вредных привычек, наличия хронических заболеваний (самооценка студентов), бытовых и организационных условий проживания, организации учебного пространства и процесса обучения. В процессе модернизации и дополнения Анкеты мы учитывали результаты, полученные ранее авторскими коллективами, исследовавшими различные аспекты здоровьесберегающего поведения студентов, и факторы на него влияющие [Болотин, Миронова, Лукина, Ярчиковская, 2016. С. 18–20; Лепихина, Карпович, 2014. С. 400–403; Билоус, Минасян, 2008. С. 68–79; Побединская, 2017. С. 32–41; Иващенко, 2010. С. 30–33; Борисова, Белокурова, Лопатин, 2014. С. 21–26; Джураева, 2014. С. 155–160]. Ряд исследуемых параметров оценивался по шкале в «реверсивном» режиме. Например, некурящим студентам предлагалось оценивать этот пункт в 5 баллов т. д.

Объективное состояние здоровья оценивалось по индексу коморбидности, числу поставленных за предыдущий год диагнозов в листе уточненных диагнозов, по частоте обращаемости за врачебной помощью при изучении медицинской документации студенческих ЛПУ ДВФУ и ТГМУ (итоговый информационный файл по каждому студенту не содержал личных данных). Изучались амбулаторные карты пациента (Форма 025/у); журналы учета пациентов, которым предоставлен лечебный отпуск (Форма 001-1/у); врачебно-контрольные карты диспансерного наблюдения (Форма 062/у). Расчёт индекса коморбидности осуществлялся по таблице Чарлсона (Ф 025/у).

Статистические методы. Общий объем выборочной совокупности определялся на основе характеристик дисперсий показателей в ранее проводимых подобных исследованиях.

При сравнении значений в субгруппах доверительная вероятность 95% и доверительный интервал $\pm 5\%$ считался достаточным для определения значимых различий. При статистической обработке массивов данных использовался двусто-

ронный анализ дисперсии (ANOVA). Корреляция показателей определялась с расчетом коэффициента Спирмена. Оценка ограничений значимости при отсутствующих значениях проводилась с использованием теста Вальда. При работе с полученным материалом была использована прикладная программа «Statistica 6.0».

Результаты. В 35 (3,6%) случаях данные оказались не полными. Отсутствие полных данных было связано с ошибками при заполнении анкет, исправлениями, прочесть которые при обработке не представлялось возможным, сознательным отказом студента отвечать на конкретный вопрос в анкете. Анализ соотношения полных и неполных данных по методу Вальда позволил установить, что значимость недостающих данных не повлияла на корректность сравнения.

Первоначально результаты анкетирования студентов были сгруппированы в пять доменов (от А до Д). В них вошли показатели, которые, согласно данным литературы, в той или иной мере могут быть ассоциированы и могут оказывать влияние на выбор поведенческой стратегии в отношении здоровья.

Следующие показатели были изучены в процессе анализа собранного материала:

- Блок А «Исходные (до поступления) и текущие (приобретенные в вузе) поведенческие стереотипы здоровьесберегающего поведения»: 1) режим сна и бодрствования; 2) режим труда и отдыха; 3) курение; 4) употребление алкоголя; 5) употребление психоактивных веществ; 6) употребление тонизирующих напитков; 7) стремление к овладению профессией; 8) стремление к личному успеху; 9) признаки профессионального выгорания; 10) наличие свободного времени; 11) промискуитет (склонность к частой смене полового партнера); 12) уход за полостью рта; 13) водные процедуры ежедневно; 14) Уход за волосами; 15) уход за ногтями.

- Блок Б «Психологический комфорт»: 1) взаимоотношения с родителями; 2) отношение к преподавателям; 3) наличие друзей в вузе; 4) наличие друзей вне вуза; 5) коммуникабельность; 6) склонность к творчеству, не связанному с профессиональными знаниями; 7) наличие устойчивых увлечений; 8) возможность реализации устойчивых увлечений; 9) вза-

иимоотношения в студенческой группе.

• Блок В «Социально-бытовые условия проживания и образовательного пространства»: 1) регулярное и рациональное питание; 2) соответствие одежды, обуви сезону; 3) опрятность в одежде, обуви; 4) условия проживания (комфорт); 5) условия проживания (соответствие санитарно-гигиеническим нормативам по микроклимату); 6) условия проживания (отсутствие насекомых, грызунов); 7) доступность ванной, туалетной комнаты; 8) доступность медицинской помощи; 9) время, затрачиваемое на дорогу к вузу; 10) время, затрачиваемое на подготовку к занятиям (комфорт); 11) рабочий график (расписание занятий); 12) условия обучения (комфорт) образовательного пространства; 13) условия обучения (климат-контроль в аудиториях); 14) условия обучения (отсутствие насекомых, грызунов); 15) доступность питьевой воды в вузе; 16) удовлетворённость уровнем личного дохода; 17) удовлетворённость уровнем дохода домохозяйства; 18) доступность изложения учебного материала преподавателями; 19) методическое обеспечение занятий в университете.

• Блок Г «Информированность»: владение информацией по: 1) физиологии человека; 2) функциональной анатомии человека; 3) симптомам инфекционных заболеваний и способам их передачи; 4) симптомам хронических заболеваний внутренних органов; 5) профилактическим прививкам; 6) основам здорового образа жизни (далее – ЗОЖ); 7) последствиям вредных привычек; 8) контрацептивным средствам; 9) доступ к электронным ресурсам по ЗОЖ; 10) доступ к электронным коммуникативным сетям, обсуждающим ЗОЖ; 11) интерес к информации о здоровье; 12) интерес к информации о новых медицинских технологиях в области ЗОЖ.

• Блок Д «Медицинская активность и физическая культура»: 1) диспансерное наблюдение; 2) обращение к врачу при появлении патологических симптомов; 3) наблюдение при наличии хронического заболевания; 4) самолечение (самостоятельный прием лекарственных препаратов); 5) Самолечение (использование нетрадиционных методов лечения); 6) поведение при эпидемиях ОРВИ (актив-

ная и пассивная защита); 7) выполнение предписаний врача в случае заболевания; 8) профилактические прививки; 9) использование контрацептивных средств; 10) занятия физической культурой; 11) занятия фитнесом; 12) наличие травм при занятиях физической культурой в анамнезе; 13) объем интеллектуальных нагрузок; 14) объем физических нагрузок.

Предварительный анализ результатов позволил установить, что достоверных различий в ответах между студентами младших и старших курсов не оказалось, также мы не обнаружили статистически достоверных различий между средними баллами ответов у девушек и юношей, за исключением ответов под шифрами А3, А4 и А7 – курение, употребление алкоголя и тонизирующих напитков. Достоверно большее число юношей не отрицали наличия этих привычек ($p \leq 0,05$).

В первом блоке (А) представлены результаты оценки поведенческих стереотипов, которые, по мнению ряда исследователей, могут иметь влияние на поведенческий рисунок студентов в отношении здоровья. На вопрос о курении был получен средний балл ответов 3,4 (0,6). Это означает, что примерно 2/3 студентов отрицает наличие этой вредной привычки – достаточно высокий результат для данной возрастной группы. Еще большее число молодых людей обоих полов отрицали злоупотребление алкоголем (средний балл 4,0 (0,8)) и употребление психоактивных веществ (4,7 (0,5)). Подавляющее большинство опрошенных, судя по результатам опроса, имеет очень сильную мотивацию к овладению профессией и достижению личного успеха (соответственно 4,3 (0,2) и 4,5 (0,9) баллов) и напротив отсутствие признаков профессионального выгорания, в том числе на старших курсах обучения. Высокий средний балл был отмечен у опрошенных при ответах на вопросы о личных гигиенических навыках.

При ответах на вопрос из второго блока (Б, «психологический комфорт») обратили на себя внимание следующие результаты. Достаточно низко респонденты оценили взаимоотношения с родителями: средний балл составил 2,8 (1,2) единиц, наличие возможностей для реализации творческих увлечений, хобби, какой-либо актив-

ности вне образовательного пространства университета (3,3 (0,9)), особенно это касается студентов младших курсов. Большинство респондентов отметили взаимоотношения в студенческой группе как комфортные (4,1 (0,7)), весьма важным для отвечавших оказалось наличие дружеских связей вне университетских стен (3,5 (1,1)).

Оценкостудентами социально-бытовых условий проживания и образовательного пространства выявила много проблемных точек. Большинство респондентов крайне низко оценили свои условия проживания (2,8 (1,4); 1,8 (1,7) баллов). Студентов, проживающих вне общежитий, крайне беспокоила значительная потеря времени на транспорт при поездке в вуз и обратно. Судя по опросу, питьевая вода в аудиториях и вспомогательных пространствах обоих университетов почти недоступна (2,3 (1,5)). Как существенный проблемный момент обучения многие респонденты выделили низкий доход: личный (2,3 (1,5)), семейный (2,5 (1,4)). Кроме того, многих студентов беспокоило отсутствие климат-контроля в аудиториях (2,9 (0,9)), отсутствие возможностей для полноценного рационального и регулярного питания (2,7 (1,4)). Наконец, крайне низко большинство студентов оценило доступность медицинской помощи (3,2 (1,7)). При этом большинство студентов вполне устраивает время, затрачиваемое на подготовку к занятиям (4,2 (1,3)), качество оснащения и комфорт университетских аудиторий.

Ответы на вопросы из блока Г («Информированность») выглядят более оптимистично. Респонденты высоко оценивают свои знания по семиотике хронических висцеральных (4,4 (1,3)), а также инфекционных заболеваний (4,1 (1,5)), демонстрируют понимание необходимости профилактической вакцинации (4,6 (1,2)), отлично, судя по ответам, представляют себе последствия для здоровья вредных привычек (4,1 (0,9)), имеют доступ к электронным коммуникативным сетям, где обсуждается ЗОЖ (4,5 (1,4)), проявляют интерес к информации о новых медицинских технологиях в области ЗОЖ (4,3 (1,4)), но недостаточно информированы по контрацептивным средствам (3,5 (1,3)) и ряду других вопросов, относящихся к принятию решений в от-

ношении здоровья.

Ответы на вопросы из блока Б (Медицинская активность и физическая культура) выглядели крайне неоднородно. В большинстве своем респонденты продемонстрировали понимание важности и необходимости ежегодной диспансеризации (4,5 (0,8)), использования контрацептивных средств (4,5 (1,3)), серьезного отношения к профилактической вакцинации (4,3 (1,4)). В то же время большинство продемонстрировало удручающее отношение к необходимости регулярного наблюдения и осмотров по поводу хронических заболеваний (1,2 (0,7)), немедленного обращения к врачу при появлении первых патологических симптомов (2,2 (0,4)); проявили склонность к самолечению (2,2 (1,7)). Многие студенты расценили как избыточный объем физических (2,5 (1,2)) и интеллектуальных нагрузок (3,0 (1,3)).

На рисунке 1 представлен результат расчета среднего балла ответов по каждому из блоков Анкеты. Большинство респондентов демонстрирует достаточно высокий уровень поведенческих реакций в отношении здоровьесберегающего поведения, гигиены труда и отдыха. Достаточно высока и информированность студентов в вопросах, касающихся здоровья: семиотики заболеваний, необходимости вакцинации, профилактики заболеваний, диспансерного наблюдения и т. д. Но знать не значит выполнять: наиболее низкий средний балл был отмечен в блоке Д в вопросах медицинской и физической активности, поведения при заболевании, выполнения предписаний врача, то есть реализации теоретических знаний на практике. Средний балл 3,0 демонстрирует своеобразный разрыв между пониманием правильных поведенческих стратегий в отношении здоровья и отсутствием эффективных действий. Еще один блок с низким средним баллом – блок В (средний балл 3,2). Результаты нашего исследования в этой части подтверждают данные многих исследовательских групп: социально-бытовые условия проживания и образовательного пространства далеки от совершенства и могут непосредственно влиять на здоровьесберегающее поведение. Сложно говорить о выработке осознанной поведенческой стратегии по здоровьесбережению при отсутствии

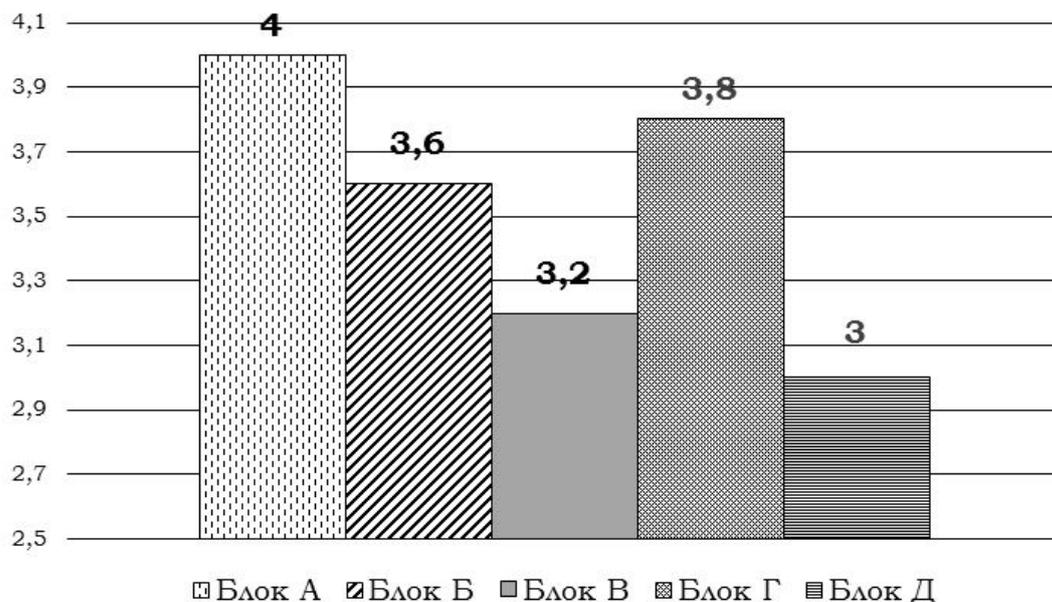


Рис. 1. Самооценка студентами медицинских направлений факторов влияния на здоровьесберегающее поведение, средний балл по каждому из блоков (N=969)

Примечание

Блок А Исходные (до поступления) и текущие (приобретенные в ВУЗе) поведенческие стереотипы здоровьесберегающего поведения

Блок Б Психологический комфорт

Блок В Социально-бытовые условия проживания и образовательного пространства

Блок Г Информированность

Блок Д Медицинская активность и физическая культура

элементарных удобств и условий как в студенческих общежитиях, так и в образовательном пространстве. Тем не менее, многие респонденты достаточно высоко оценивают позиции, связанные с психологическим комфортом. Впрочем, не следует забывать, что избранный для исследования контингент в силу своего возраста и свойственных ему физиологических особенностей способен к адаптации в самых неблагоприятных условиях. Возможно, именно способность к приспособлению, «встраиванию» в неблагоприятные условия, имеющая в своей основе и определенный гормональный фон, а также интенсивный информационный поток, с которым сталкивается молодой человек во время обучения в университете, позволяют до определенной степени девальвировать негативную информацию, вытеснить на периферию сознания бытовые неудобства и начальные патологические симптомы некоторых соматических заболеваний.

Далее мы провели объективный ана-

лиз состояния здоровья респондентов по заболеваемости за последний год, индексу заболеваемости (коморбидности) Чарлсона и обращаемости за врачебной помощью. Было установлено, что 52,4% всех респондентов имеют хроническую патологию внутренних органов (в 93,1% случаев в стадии ремиссии, еще в 5,5% в стадии неполной ремиссии). Наиболее часто встречающаяся патология – заболевания желудочно-кишечного тракта (37,2%), далее – заболевания системы дыхания (16,8%), почек и мочевыделительной системы (11,9%). Часть респондентов страдает так же заболеваниями нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем организма. Суммарный индекс коморбидности (Чарлсона) составил 0,8 (0,4) пункта, число хронических заболеваний на одного студента – 0,52 (0,6), число обращений к врачу за год 1,3 (0,4). Мы не обнаружили статистически значимых различий между значениями этих показателей у студентов старших и младших курсов, между мужчинами и

женщинами.

Далее, в процессе реализации поставленных задач мы провели корреляционный анализ между каждой переменной, полученной в ходе анкетирования, и избранными объективными показателями текущего состояния здоровья: заболеваемости за последний год, индексу коморбидности и обращаемости за врачебной помощью. Затем мы вывели за рамки исследования переменные, имеющие слабую и среднюю степени корреляционной зависимости, и провели анализ оставшихся данных. Результат этой работы представлен в таблице 2.

Таким образом, было установлено, что среди всех проанализированных переменных наиболее сильную прямую корреляционную зависимость с объективными показателями здоровья имеют ряд переменных из каждого блока факторов. В наибольшей степени они представлены в блоках В (Социально-бытовые условия проживания и образовательного пространства) и Д (Медицинская активность и физическая культура). В то же время из блока Г (Информированность) лишь один параметр был сильно связан с объективными показателями здоровья.

Обсуждение результатов. Структурно-функциональный подход, использованный в данном исследовании, позволил сформулировать гипотезу о влиянии целого ряда взаимосвязанных факторов на поведенческую стратегию студентов медицинских университетов в отношении здоровья. В процессе исследования мы определили структуру системного объекта, его элементов и их функциональных характеристик, что может помочь в поиске управленческих подходов к оптимизации состояния здоровья студентов-медиков, а значит повышению их образовательного потенциала, уровня компетентности [Акопянб, 2010. С. 36–39; Ирихин, Журавлев, Жернакова, Чефранова, Ирихина, 2009. С. 149–153; Корниенко, Козлов, Отавина, 2016. С. 577–581; Рощина, 2007]. Эмпирическая часть работы была представлена, согласно разработанному дизайну, анкетированием выборки студентов медицинских направлений в двух университетах г. Владивостока и изучением первичной медицинской документации, позволяющей объективизировать данные о текущем состоянии здоровья студентов. Было установлено, что большинство студентов хорошо осведомлены о базовых гигие-

Таблица 2

Социально-экономический статус и переменные, связанные со здоровьем, у студентов медицинских специальностей ДВФУ и ТГМУ (n=969)

Переменные ЗСП	A1	A2	B1	B2	B9	C1	C4	C9	C10	C11
Индекс коморбидности ¹	0,84	0,75	0,77	0,65	0,71	0,71	0,64	0,7	0,68	0,74
Заболеваемость ²	0,74	0,84	0,88	0,84	0,73	0,73	0,72	0,79	0,83	0,84
Число обращений ³	0,82	0,91	0,9	0,95	0,84	0,84	0,83	0,73	0,91	0,8
Переменные ЗСП	C17	G4	D1	D2	D3	D4	D7	D13	D14	-
Индекс коморбидности ¹	0,69	0,66	0,72	0,63	0,70	0,72	0,63	0,59	0,67	-
Заболеваемость ²	0,74	0,89	0,77	0,69	0,88	0,83	0,79	0,63	0,83	-
Число обращений ³	0,82	0,73	0,85	0,78	0,93	0,79	0,86	0,74	0,89	-

Примечание.

1 Mean (M) – среднее значения показателя в выборке; SD (standard deviation) стандартное отклонение; 2 – тысяч рублей; 3 – значение в баллах, от 1 до 5; 4 – в единицах; 5 Number (N) число случаев; V(value) – достоверность различий.

Источник: Данные по переменным, ассоциированным с поведенческими стереотипами студентов, получены по результатам анонимного анкетирования с использованием вопросника Поздеевой (2008) с дополнениями автора. Данные по заболеваемости приводятся по результатам изучения медицинской документации: амбулаторных карт пациента (Форма 025/у) и журналов учета пациентов, которым предоставлен лечебный отпуск (Форма 001-1/у). Расчёт индекса коморбидности осуществлялся по таблице Чарлсона (Ф 025/у).

нических нормативах и навыках, и, как правило, не пренебрегают ими в повседневной жизнедеятельности, а напротив, закрепляют, «удерживают» в поведенческой модели, вливаясь в новый для себя коллектив и подражая вновь обретенным значимым другим. Или, согласно, Г. Тарду, повторение (подражание) и приспособление (закрепление) инсоциализируются на принципиально новом для себя, более высоком уровне. Происходит научение через наблюдение, имитацию и идентификацию – третья форма научения по А. Бандуре.

Однако возникает вопрос: почему динамика процесса не предполагает деградацию при выборе в качестве субъекта подражания лидера с отрицательными установками в отношении здоровьесберегающего поведения в целом и отсутствием установок на базовые навыки гигиены тела, труда, отдыха и т. д. Можем предположить, что ответ лежит в плоскости оценки социально-экономического статуса и образовательного уровня абитуриентов медицинских вузов. Жесткий отбор при поступлении проходят, в основном, выходцы из семей с довольно высоким социальным и образовательным статусом, преимущественно проживающих в городской черте, со сформированным целеполаганием, нацеленные на стратегию жизненного успеха. По крайней мере подобных лиц среди успешно прошедших конкурсный отбор большинство. Им, как правило, в силу семейного воспитания и избранной для изучения профессии изначально (до поступления в вуз) присущи сформированные поведенческие стереотипы, направленные на корректное отношение к здоровью человека в целом и своему, в частности. Таким образом, можно предположить, что позитивные установки в отношении здоровья, устойчивые гигиенические навыки свойственны большинству, меньшинство же вынуждено в большинстве случаев перенимать доминирующие в коллективе стереотипы. Тем не менее эти установки могут подвергаться существенной негативной коррекции под влиянием, к примеру, как было сказано выше, имущественного расслоения и, следовательно, отсутствия возможности для части студентов вовремя получить квалифицированную медицин-

скую помощь, посетить тренажерный зал и т. д. Следствием этой ситуации может стать острое переживание социального неравенства, психоэмоциональная лабильность, а иногда и реактивная депрессия [Гареева, 2013. С. 699–705, Гареева, 2016. С. 127–130].

Далее, высокий уровень информированности студентов, который был установлен при анализе полученных данных, вероятно, можно соотнести с резко возросшей в последние годы доступностью информационного поля, отсутствием каких-либо материальных, законодательных, политических, социальных преград при поиске информации любого направления, в том числе касающейся здоровьесберегающего поведения [Тюрина, 2013. С. 184–193, Зборовский, 2016. С. 39–44]. Как правило, поиск подобной информации не осуществляется молодыми людьми целенаправленно, но контекстной информации, в частности, по последствиям употребления психоактивных веществ, алкоголя, практике незащищенного секса и т. д. более чем достаточно для адекватной оценки связанных с деструктивным поведением рисков.

Традиционно низкие оценки получил в нашем исследовании социально-экономический блок вопросов, что хорошо согласуется с данными других исследователей этого направления. Недостаточное финансирование, малоэффективное, иногда откровенно слабое администрирование, общегородские транспортные проблемы, ветхость общежитий (часто проводится лишь косметический ремонт), высокие расходы, связанные с проживанием в краевом центре, крайне низкие стипендии – вот немногие из причин подобных оценок [Филоненко, 2009; Вишневский, 2014. С. 5–9]. В какой-то мере эти диспропорции нивелируются на старших курсах, т. к. мы видим это по некоторой разнице между оценками студентов младших и старших курсов. Возможно, частично это объяснимо с позиции теории накопления и трансляции социального опыта: к старшим курсам накопленные социальные навыки и компетенции позволяют снизить издержки, найти возможности для упрочения материального статуса, адаптироваться к большинству возникающих проблем.

На первый взгляд, в некоторое противоречие с высокой информированностью и поведением в отношении здоровья вступают низкие оценки медицинской активности и физической культуры. Однако, именно описанные выше экономические, финансовые, транспортные проблемы, а также высокие образовательные нагрузки приводят к тому, что у значительной части студентов снижается мотивация к физическому саморазвитию, часто нет свободного времени, мотивации и убедительного примера для рационального поведения при первых симптомах хронических висцеральных заболеваний, эпидемии ОРВИ, для участия в профилактических медицинских осмотрах и т. п. мероприятиях. Однако при всех проблемах большая часть студентов демонстрирует завидный оптимизм: большой физиологический «запас прочности», свойственный возрасту респондентов, позволяет до определенной степени нивелировать негативные проявления в состоянии здоровья, а массивный информационный поток, сопровождающий образовательную деятельность, способствует вытеснению рефлексии на периферию сознания.

Конкретно-научный уровень методологии функционализма в исследовании, как указывалось, представлен статистическим анализом результатов и их оценкой с позиций познавательной эффективности. Проведенный корреляционный анализ позволил определить уровень взаимосвязи каждого из исследуемых факторов с объективными показателями состояния здоровья студентов. Мы установили, что у 19 параметров самооценки имеется корреляционная зависимость, превышающая уровень $R=0,6$ ($p \leq 0,05$), с показателями заболеваемости, обращаемости за помощью и индексом коморбидности. Это позволяет сделать предположение, что выделенные факторы, своеобразные «точки уязвимости», можно положить в основу разработки комплексной программы, корректирующей поведение студентов в отношении здоровьесберегающего поведения.

Двухкомпонентный конструкт, условно левая часть которого представлена множеством факторов воздействия,

сгруппированных в несколько блоков, а правая определяет конкретные действия индивида, детерминирующие здоровьесберегающее поведение, позволяет определить функциональные зависимости между элементами-предикторами и конечным результатом, а также выявить оптимальные точки приложения усилий для коррекции деструктивных поведенческих стереотипов.

Безусловно, мы отдаем себе отчет в том, что исследование не свободно от ограничений, и предложенная конфигурация элементов влияния на индивидуальные здоровьесберегающие стратегии нуждается в подтверждении и уточнении. При дальнейшем использовании инструмента возникнет необходимость подтверждения его критериальной и дискриминационной валидности. Проведение регрессионного анализа на более мощной выборке позволило бы провести «взвешивание» отдельных показателей и определить их вклад на фоне воздействия иных факторов. Представляется целесообразным проведение сравнительного исследования факторов, ассоциированных со ЗСП, среди студентов других направлений и спецификаций. Наконец, расчет и определение суммарного показателя, объединяющего выбранные элементы, позволил бы определить нормативные значения, что имело бы существенное прикладное значение при скрининг-оценке ЗСП в студенческой среде.

Тем не менее полученные результаты в представленном виде могут быть полезны при изучении оптимальных подходов к оценке здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи социологами, педагогами, врачами-организаторами, гигиенистами и исследователями смежных направлений.

Возможные направления и походы к управлению здоровьесберегающим поведением.

Результаты исследования позволяют предположить, что для коррекции поведения студентов медицинских направлений в отношении здоровья рациональными могут выглядеть следующие рекомендации:

- административное влияние, в том числе: включение диспансерного обсле-

дования, минимума профилактических вакцинаций в перечень обязательных условий перевода успешно сдавшего сессию и не имеющего академической задолженности студента на следующий курс обучения; индивидуальный подход к начислению студенческой стипендии с учетом не только успеваемости, но и текущего материального положения студента; оптимизация учебного расписания с учетом потребности студентов в регулярном и рациональном питании; заключение договоров с предприятиями общественного питания, предоставляющими качественные и доступные по цене услуги; введение в учебный план дисциплины (региональный компонент) по здоровьесберегающему поведению; приоритетное решение вопросов, связанных с доступностью медицинской помощи в пределах кампуса и ряд других мер;

- социальное влияние и медийное влияние: индивидуальная работа службы ректора по воспитательной работе с лидерами общественного мнения, локальными ньюсмейкерами; организация и поддержание в социальных сетях пабликов, пропагандирующих здоровьесберегающее поведение, с обязательным мониторингом эффективности; введение анонимных форм обратной связи по качеству образовательных бытовых услуг с использованием популярных в молодежной среде мессенджеров и ряд других мер.

Выводы:

1. В процессе исследования был выявлен ряд диспропорций в оценке студентами медицинских направлений факторов влияния на здоровьесберегающее поведение. Средняя оценка респондентами текущих поведенческих стереотипов в отношении гигиены труда и отдыха оказалась высокой, также как уровень психологического комфорта и информированности по проблематике здоровья и здоровьесберегающего поведения. В то же время студенты крайне низко оценивали собственную медицинскую активность, физическую культуру и социально-экономический статус.

2. При анализе корреляционной зависимости между отдельными показателями, ассоциированными со здоровьесбе-

регающим поведением, и объективными показателями состояния здоровья студентов было определено не менее 19 параметров, имеющих высокий уровень корреляции. Было высказано предположение, что данные элементы влияния могут лечь в основу суммарного показателя ЗСП для скрининг-анализа поведения студентов в отношении здоровья и, при необходимости, стать объектами коррекционного воздействия.

3. Полученные данные о взаимосвязи факторов, ассоциированных со здоровьесберегающим поведением, с объективным состоянием здоровья позволяют создать двухкомпонентную модель, согласующуюся со структурно-функциональной теорией социальных процессов.

4. На основе созданной модели предложен ряд мер для административного и социально-медийного управления здоровьесберегающим поведением студентов.

Список литературы:

1. Аварханов М. А. Технология формирования здоровьесберегающего поведения студентов в процессе физического воспитания в вузе // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Педагогика. 2017. № 2. С. 258–264.

2. Акопян А. Н. Исследование предэкзаменационного психоэмоционального состояния студентов // Вестник восстановительной медицины, 2010. № 6. С. 36–39.

3. Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Категории жизнестойкости и качества жизни у студентов медицинского ВУЗа в сопряженности с самооценкой здоровья // Земской врач. 2014. № 2 (23). С. 41–44.

4. Бабина В. С. Проблемы здоровья студенческой молодежи // Молодой ученый. 2015. № 11. С. 572–575.

5. Бакаев В. В., Болотин А. Э. Показатели готовности студентов к здоровьесберегающему поведению // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2013. № 12 (106). С. 36–39.

6. Биловус, В. К. Установки молодежи на здоровьесберегающее поведение / В. К. Биловус, Л. А. Минасян // Создание условий в учебных заведениях высшего

профессионального образования, обеспечивающих охрану и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся, формирование устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни: мат. межвуз. Науч.-практ. конференции. Шахты, 2008. С. 68–79.

7. Бобылева О. В. Состояние здоровья студенческой молодежи как социально-экологическая проблема. 2013. Вестник ТГУ. Т. 18, Вып. 3. С. 852–854.

8. Болотин А. Э., Миронова О. В., Лукина С. М., Ярчиковская Л. В. Содержательные и организационные аспекты формирования навыков здорового образа жизни у студентов вузов // Теория и практика физической культуры. 2016. № 6. С. 18–20.

9. Борисова Л. М., Белокурова Е. С., Лопатин С. А. Здоровьесберегающие технологии – как профилактические меры по сохранению и укреплению здоровья студентов вузов // Безопасность жизнедеятельности, 2014. № 8. С. 21–26.

10. Бруснева В. В., Клименко Т. В. Значимые факторы и условия жизни, влияющие и формирующие состояние здоровья студенческой молодежи города Ставрополя // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3. С. 82–86.

11. Вишневский Ю. Р., Шапко, В. Т. Социология молодежи — о молодежи, для молодежи // Актуальные проблемы социологии молодежи, культуры, образования и управления: материалы всероссийской научно-практической конференции. Екатеринбург, 28 февраля 2014 г. Екатеринбург: УрФУ, 2014. Т. 1. С. 5–9.

12. Гареева И. А. Социальные барьеры современной системы здравоохранения // Современные проблемы экономического развития предприятий, отраслей, комплексов, территорий: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Хабаровск, 25 апр. 2016 г.): в 2 т. Т. 2. Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2016. С. 275–278.

13. Гареева И. А. Неравенства в социальном пространстве здравоохранения // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия: материалы междунар. науч.-практ. конф. в рамках III Всерос. науч. форума «Наука будущего – наука молодых», Нижний Новгород 14–15 сент. 2017 г.: в 2 т. Т. 2. Н. Новго-

род, 2017. С. 16–19.

14. Гареева И. А. Модернизация системы здравоохранения и дифференциация доступности к медицинским услугам [Электронный ресурс] // Ученые заметки ТОГУ. Хабаровск, 2013. Т. 4. № 4. С. 699–705.

15. Гареева И. А., Соболевская Т. В. Роль социальных барьеров в формировании стратегий поведения в отношении здоровья у студентов // Материалы секционных заседаний 56-й студенческой научно-практической конференции ТОГУ: в 2 т. Т. 2. – Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2016. С. 127–130.

16. Гатиятуллина Л. А. Здоровьесберегающее пространство в медицинских образовательных организациях // Казанский медицинский журнал. 2018. № 1. С. 110–116.

17. Донченко В. И. Структурная модель обучения студентов-медиков здоровьесберегающим технологиям // Концепт. 2015. № 10 (октябрь). С. 111–115.

18. Джураева Н. С. Здоровье, здоровьесберегающее поведение и качество жизни студентов. Модели, системы, сети в экон. техн. природе и о-ве. 2014. № 3. С. 155–160.

19. Евсевьева М. Е., Кошель В. И., Еремин М. В. и др. Скрининг ресурсов здоровья студентов и формирование внутривузовской профилактической среды: клинические, образовательные и воспитательно-педагогические аспекты // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. № 1. С. 64–69.

20. Журавель В. В. Поведенческие факторы здоровья студенческой молодежи // Культурные тренды современной России: от национальных истоков к культурным инновациям: сб. докладов V Всерос. (с междунар. участием) науч.-практ. конф. студентов, магистрантов, аспирантов и молодых учёных; в 3-х т. / отв. ред. С. Н. Борисов, И. Е. Белогорцева, В. С. Игнатова, Е. В. Бронникова. Белгород, 2017. С. 241–244.

21. Зборовский Г. Е. Уроки неудавшейся модернизации // Социальная стратегия российской системы образования. СПб. : РГПУ, 2016. С. 39–44.

22. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И. В. Журавлева. Институт социологии РАН. М., 2012. С. 252–257.

23. Зудин А.Б. Различные аспекты изменений российского здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. № 25(1). С. 68–72.
24. Ивахненко Г. А. Здоровьесберегающие технологии – как профилактические меры по сохранению и укреплению здоровья: социологический анализ // Социология медицины, 2010. № 1. С. 30–33.
25. Ирихин Н. В., Журавлев Ю. И., Жернакова Н. И., Чефранова Ж. Ю., Ирихина И. В. Сравнительный анализ объективной и субъективной оценок здоровья студентов в ходе реализации инновационной образовательной программы «Здоровьесбережение». 2009. Вестник ТГУ. №6 (74). С.149–153.
26. Карпенко Ю. Д. Динамика функционального состояния и адаптационных процессов у студентов. Гигиена и санитария. 2012. № 4. С. 61–63.
27. Картышева С. И., Попова О. А., Грошева Е. С. Самооценка здоровья и образа жизни студентов педагогического университета // Гигиена и санитария, 2015, № 9. С. 18–20.
28. Киенко Т. С. Институциональные и неинституциональные факторы формирования здоровьесберегающего поведения // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. С. 1443.
29. Корниенко Д. С., Козлов А. И., Отавина М. Л. Взаимосвязь самооценок здоровья и психологического благополучия у практически здоровых и имеющих хронические заболевания молодых людей // Гигиена и санитария, 2016. № 6. С. 577–581.
30. Лепихина Т. А., Карпович Ю. В. Анализ факторов, формирующих здоровьесберегающее поведение работников // Фундаментальные исследования. 2014. № 8–2. С. 400–403.
31. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. 873.
32. Миннибаев Т. Ш., Мельниченко П. И., Прохоров Н. И., Тимошенко К. Т., Архангельский В. И., Гончарова Г. А., Мишина С. А., Шашина Е. А. Изучение влияния условий и организации обучения на показатели успеваемости и здоровья студентов // Гигиена и санитария, 2015. № 4. С. 57–60.
33. Новохатская Э. А., Яковлева Т. П., Калитина М. А. Заболеваемость студентов, обусловленная характером питания в современных условиях обучения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2017. № 5. С. 281–285.
34. Побединская И. В. Здоровьесберегающая деятельность педагога: тезаурус исследования. 2017. Известия ВГПУ. № 1 (274). С. 32–41.
35. Поздеева Т. В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: дис. докт. мед. наук: 14.00.33: защищена 09.09.2008 / Поздеева Татьяна Васильевна. -М., 2008. – 340 с. – Библиогр: с. 57–58, Приложения 1, 2.
36. Рассказова Е.И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 4. С.102–119.
37. Рощина Я.М. Социальная дифференциация и образовательные стратегии российских студентов и школьников: информационный бюллетень. М.: ГУ-ВШЭ, 2007.
38. Савич Л.Е. Здоровьесбережение человечества как социально-гуманитарная проблема: культурно-исторические и современные аспекты // ЮНЕСКО: стратегия развития культуры, науки и образования в контексте нового гуманизма: мат. междунар. науч.-практ. конференции (в рамках Международного форума «Сбережение человечества как императив устойчивого развития»). Казань, 2016. С. 236–242.
39. Сагидуллина Л. С., Ксетаева Г. К., Орынбасарова К. К. и др. Внешние факторы, влияющие на успеваемость студентов вуза // Вестник КазНГМУ. 2017. № 46. С. 290–294.
40. Серов Д. В. Медико-социальная характеристика здоровьесберегающего поведения взрослого населения мегаполиса // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2016. № 1. С. 150–157.
41. Трапезникова М. В., Савкин В. В. Мониторинг и прогнозирование психофизиологического статуса и успеваемости студенток I–II курса медицинского вуза. Гигиена и санитария. 2015. № 1. С. 104–107.

42. Тюрина Ю. А. Стратегии адаптации дальневосточной молодёжи в контексте высшего образования – трудоустройство // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2013. № 3 (39). С. 184–193.

43. Улумбекова Г. Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения // Главврач. 2012. № 5. С. 13–22.

44. 2. Улумбекова Г. Э., Калашникова

А. В. Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи». ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ № 3 2018. С. 21–40.

45. Филоненко В. И. Современное российское студенчество в транзитивном обществе: противоречия и парадоксы социализации: монография. Ростов-на-Дону: ИПО ПИ ЮФУ, 2009. 334 с.

Библиографическое описание статьи

Федорищева Е. К. Комплексная оценка здоровьесберегающего поведения студентов медицинских специальностей и направления его оптимизации // Власть и управление на Востоке России. 2019. № 3 (88). С. 97–116. DOI 10.22394/1818-4049-2019-88-3-97-116

Ekaterina K. Fedorishcheva – Assistant of the department of public health, the Pacific State Medical University (690002, 2, Ostryakov avenue, Vladivostok, Russian Federation). E-mail: katrina.kosilova@yandex.ru

Comprehensive assessment of the students' health-saving behavior. Medical specialties and directions for its optimization

In the course of the study, the impact of diverse socio-economic, demographic, medical, everyday factors on the self-protective and health-saving behavior of medical students was evaluated, and the data obtained were compared with the objective state of their health in terms of a structurally functional approach to the theory of social processes. A set of empirical data was carried out from June 1 to December 1, 2018 at the Far-Eastern Federal University (FEFU, Biomedicine Schools) and the Pacific State Medical University (TSMU) using the principles of stratified by the gender and age signs of randomization. The sample included 989 students of both sexes (481 (48.6%) girls, average age 21.1 years and 488 (51.4%) boys, average age 21.5 years). The response frequency was 95, 1%. All students filled out a student self-assessment questionnaire (Pozdeeva, 2008; with additions of the authors), consisting of 5 blocks of questions. The objective state of health was assessed by the index of comorbidity, the number of diagnoses made in the previous year in the list of specified diagnoses, and the frequency of seeking medical help. For statistical processing of data arrays, two-way analysis of variance (ANOVA) was used. The correlation of indicators was determined with the calculation of the Spearman coefficient. In the course of the study, a number of imbalances were revealed in the students' assessment of the medical areas of factors of influence on health-saving behavior. The respondents' average assessments of current behavioral stereotypes regarding occupational health and recreation, as well as the level of psychological comfort and awareness on the issues of health and health-saving behavior, were high, while medical activity, physical culture and socio-economic status received low average ratings (range from 2.5 to 3.5). An analysis of the relationships between individual indicators associated with health-saving behavior and objective indicators of health status revealed at least 19 parameters that have a high level of correlation. Based on these results, the structural-functional approach allows you to create a two-component model that links the heterogeneous elements of students' behavior in relation to health and its objective state. Based on the created model of correlation of heterogeneous factors and health-saving behavior, a number of measures are proposed for administrative and socio-media management of students' health-saving behavior.

Keywords: health-saving behavior, socio-economic status, students, medical education, structural and functional approach, management of health-saving technologies, comorbidity index, questionnaire.

References:

1. Avarkhanov M. A. Technology of formation of health-saving behavior of students in the process of physical education at a university *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Pedagogika* [Bulletin of Moscow State Regional University. Series: Pedagogy], 2017, no. 2, pp. 258–264. (In Russian).
2. Akopyan A. N. Study of the pre-examination psychoemotional state of students *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny* [Bulletin of regenerative medicine], 2010, no. 6, pp. 36–39. (In Russian).
3. Alekseenko S. N., Drobot E. V. Categories of vitality and quality of life among students of a medical university in conjunction with a self-esteem of health *Zemskoy vrach* [Zemsky doctor], 2014, no. 2 (23), pp. 41–44. (In Russian).
4. Babin V. S. Health problems of student youth *Molodoy uchenyy* [Young scientist], 2015, no. 11, pp. 572–575. (In Russian).
5. Bakaev V. V., Bolotin A. E. Indicators of students' readiness for health-saving behavior *Uchenyye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Uchenye Zapiski universiteta im. P.F. Lesgaft], 2013, no. 12 (106), pp. 36–39. (In Russian).
6. Bilovus, V.K. Attitudes of youth on health-saving behavior / V.K. Bilovus, L. A. Minasyan *Sozdaniye usloviy v uchebnykh zavedeniyakh vysshego professional'nogo obrazovaniya, obespechivayushchikh okhranu i ukrepleniye fizicheskogo, psikhologicheskogo i sotsial'nogo zdorov'ya obuchayushchikhsya, formirovaniye ustoychivoy motivatsii na zdorov'ye i zdorovyy obraz zhizni* [Creation of conditions in higher education institutions providing protection and strengthening of students' physical, psychological and social health, formation of sustainable motivation for health and a healthy lifestyle: mat. interuniversity. Scientific Pract. conferences], Mines, 2008, pp. 68–79. (In Russian).
7. Bobyleva O. V Health status of students as a socio-environmental problem. 2013. Bulletin of TSU, vol., 18, no. 3, pp. 852–854. (In Russian).
8. Bolotin A., Mironova O. V., Lukina S. M., Yarchikovskaya L. V. Content and organizational aspects of the formation of healthy lifestyle skills among university students *Teoriya i praktika fizicheskoy kul'tury* [Theory and Practice of Physical Culture], 2016, no. 6, pp. 18–20. (In Russian).
9. Borisova L. M., Belokurova E. S., Lopatin S. A. Health-saving technologies - as preventive measures to preserve and strengthen the health of university students *Bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti* [Life Safety], 2014, no. 8, pp. 21–26. (In Russian).
10. Brusneva V. V., Klimenko T. V. Significant factors and living conditions that influence and shape the health status of students of the city of Stavropol *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Herald of the North Caucasus], 2012, no. 3, pp. 82–86. (In Russian).
11. Vishnevsky Yu. R., Shapko, VT T. Sociology of youth - about youth, for youth *Aktual'nyye problemy sotsiologii molodezhi, kul'tury, obrazovaniya i upravleniya* [Actual problems of the sociology of youth, culture, education and management: materials of the All-Russian scientific-practical conference. Yekaterinburg, February 28, 2014], Yekaterinburg: UrFU, 2014, vol. 1, pp. 5–9.
12. Gareeva I. A. Social barriers of the modern healthcare system *Sovremennyye problemy ekonomicheskogo razvitiya predpriyatiy, otrasley, kompleksov, territoriy* [Modern problems of economic development of enterprises, industries, complexes, territories: international materials. scientific-practical conf. (Khabarovsk, April 25, 2016): in 2 volumes T. 2.], Khabarovsk: Publishing house of Pacific national university, 2016, pp. 275–278. (In Russian).
13. Gareeva I. A. Inequalities in the social space of public health *Transformatsiya chelovecheskogo potentsiala v kontekste stoletiya* [Transformation of human potential in the context of the century: international materials. scientific-practical conf. in the framework of III All-Russian. scientific Forum "Science of the Future - Science of the Young", Nizhny Novgorod September 14–15. 2017: in 2 vol. T. 2.] N. Novgorod, 2017, pp. 16–19. (In Russian).
14. Gareeva I. A. Modernization of the healthcare system and differentiation of ac-

- cess to medical services [Electronic resource] *Uchenyye zametki TOGU* [Scientific notes of the Pacific National University]. Khabarovsk, 2013, vol. 4, no. 4, pp. 699–705. (In Russian).
15. Gareeva I. A., Sobolevskaya T. V. The role of social barriers in the formation of behavioral strategies in relation to students' health *Materialy sektionnykh zasedaniy 56-y studencheskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii TOGU* [Materials of breakout sessions of the 56th student scientific and practical conference of the Pacific National University: in 2 volumes T. 2.] Khabarovsk : Publishing house of Togu, 2016, pp. 127–130. (In Russian).
16. Gatiyatullina L. L. Health-preserving space in medical educational organizations *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal* [Kazan Medical Journal], 2018, no. 1, pp. 110–116. (In Russian).
17. Donchenko V. I. Structural model of training medical students in health-saving technologies *Kontsept* [Concept], 2015, no. 10 (October), pp. 111–115. (In Russian).
18. Juraeva N. S. Health, health-saving behavior and quality of life of students. Models, systems, networks in econ. tech. nature and the island. 2014, no. 3, pp. 155–160. (In Russian).
19. Evseviev M. E., Koshel V. I., Eremin M. V. et al. Screening of student health resources and the formation of an intra-university preventive environment: clinical, educational and pedagogical aspects *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus], 2015, no 1, pp. 64–69. (In Russian).
20. Zhuravel VV Behavioral health factors of student youth *Kul'turnyye trendy sovremennoy Rossii: ot natsional'nykh istokov k kul'turnym innovatsiyam* [Cultural trends of modern Russia: from national sources to cultural innovations: collection of books. Papers V All-Russia. (with international participation) scientific-practical. conf. students, undergraduates, graduate students and young scientists; in 3 t./holes ed. S. N. Borisov, I. E. Belogortseva, V. S. Ignatova, E. V. Bronnikova], Belgorod, 2017, pp. 241–244. (In Russian).
21. Zborovsky G. E. Lessons from failed modernization *Sotsial'naya strategiya rossyskoy sistemy obrazovaniya* [Social Strategy of the Russian Education System], SPb. : Russian State Pedagogical University, 2016, pp. 39–44. (In Russian).
22. Student health: sociological analysis / Otv. ed. I.V. Zhuravleva. Institute of Sociology RAS. M., 2012, pp. 252–257. (In Russian).
23. Zudin A.B. Various aspects of changes in Russian healthcare. Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. 2017, no. 25 (1), pp. 68–72. (In Russian).
24. Ivakhnenko G. A. Health-saving technologies - as preventive measures to maintain and promote health: a sociological analysis *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of Medicine], 2010, no. 1, pp. 30–33. (In Russian).
25. Irikhin N. V., Zhuravlev Yu. I., Zhernakova N. I., Chefranova Zh. Yu., Irikhina I. V. Comparative analysis of objective and subjective assessments of students' health during the implementation of the innovative educational program "Health Saving". 2009. Bulletin of TSU, no. 6 (74), pp.149–153. (In Russian).
26. Karpenko Yu. D. Dynamics of the functional state and adaptation processes in students. Hygiene and sanitation, 2012, no. 4, pp. 61–63. (In Russian).
27. Kartisheva S. I., Popova O. A., Grosheva E. S. Self-assessment of the health and lifestyle of students of the Pedagogical University *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and Sanitation], 2015, no. 9, pp. 18–20.
28. Kienko T. S. Institutional and non-institutional factors in the formation of health-saving behavior *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 1-1, pp. 1443. (In Russian).
29. Kornienko D. S., Kozlov A. I., Otavina M. L. The relationship of self-assessments of health and psychological well-being in healthy young people with chronic diseases *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and Sanitation], 2016, no. 6, pp. 577–581.
30. Lepikhina T. L., Karpovich Yu. V. Analysis of factors shaping the health-saving behavior of workers *Fundamental'nyye issledovaniya* [Fundamental research] 2014, no. 8–2, pp. 400–403. (In Russian).
31. Merton R. Social theory and social structure. M. : ACT: ACT MOSCOW: KEEPER, 2006.873. (In Russian).
32. Minnibaev T. Sh., Melnichenko P.I., Prokhorov N.I., Timoshenko K.T., Arkhangelsky V.I., Goncharova G.A., Mishina S.A., Shashina E.A. Study the impact of

conditions and the organization of instruction on student performance and health *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and Sanitation], 2015, no. 4, pp. 57–60. (In Russian).

33. Novokhatskaya E. A., Yakovleva T. P., Kalitina M. A. The incidence of students due to the nature of nutrition in modern learning conditions *Problemy sotsial'noy gigiyeny i istoriya meditsiny* [Problems of social hygiene and the history of medicine] 2017, no. 5, pp. 281–285. (In Russian).

34. Pobedinskaya IV. Health-saving activities of a teacher: research thesaurus. 2017. News of Voronezh State Pedagogical University, no. 1 (274), pp. 32–41. (In Russian).

35. Pozdeeva T. V. Scientific substantiation of the concept and organizational model of the formation of health-saving behavior of students: diss. Doct. honey. Sciences: 14.00.33: it is protected 09.09.2008 / Pozdeeva Tatyana Vasilevna. M., 2008. 340 p. Bibliography: p. 57–58, Appendices 1, 2.

36. Rasskazova E. I. Models of the stages of behavior change in the psychology of health: opportunities and limitations *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow University Physics Bulletin. Series 14. Psychology], 2014, no. 4, pp. 102–119. (In Russian).

37. Grove Ya. M. Social differentiation and educational strategies of Russian students and schoolchildren: a newsletter. M.: SU-HSE, 2007. (In Russian).

38. Savich L. Ye. Health saving of mankind as a socio-humanitarian problem: cultural, historical and modern aspects *YUNESKO: strategiya razvitiya kul'tury, nauki i obrazovaniya v kontekste novogo gumanizma* [UNESCO: development strategy of culture, science and education in the context of new humanism: mat. Int. scientific-practical conferences (within the framework of the International Forum "The Saving of Humanity as an Imperative of

Sustainable Development")], Kazan, 2016, pp. 236–242. (In Russian).

39. Sagidullina L. S., Ksetaeva G. K., Orynbasarova K. K., and others. External factors affecting the performance of university students *Vestnik KazNGMU* [Bulletin of KazNGMU], 2017, no. 4, pp. 290–294. (In Russian).

40. Serov D. V. Medical and social characteristics of the health-saving behavior of the adult population of a megalopolis *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina* [Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine], 2016, no. 1, pp. 150–157. (In Russian).

41. Trapeznikova M. V., Savkin V. V. Monitoring and forecasting of the psychophysiological status and performance of students of the I – II course of a medical university. *Hygiene and sanitation*, 2015, no. 1, pp. 104–107. (In Russian).

42. Tyurina Yu. A. Strategies of adaptation of the Far Eastern youth in the context of higher education - employment *Sotsial'nyye i gumanitarnyye nauki na Dal'nem Vostoke* [Social and Human Sciences in the Far East], 2013, no. 3 (39), pp. 184–193. (In Russian).

43. Ulumbekova G. E. Challenges to the healthcare system of the Russian Federation: solutions *Glavvrach* [Head physician], 2012, no. 5, pp. 13–22. (In Russian).

44. 2. Ulumbekova G. E., Kalashnikova A. V. The concept of the federal project "Ensuring the step-by-step availability of medical care". ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of the Higher School of Education, no. 3, 2018, pp. 21–40. (In Russian).

45. Filonenko V. I. Contemporary Russian students in a transitive society: contradictions and paradoxes of socialization: a monograph. Rostov-on-Don: IPO PI SFU, 2009, p. 334. (In Russian).

Reference to the article

Fedorishcheva E. K. Comprehensive assessment of the students' health-saving behavior. Medical specialties and directions for its optimization // Power and Administration in the East of Russia. 2019. No. 3 (88). Pp. 97–116. DOI 10.22394/1818-4049-2019-88-3-97-116
